



UNIVERSIDAD
NACIONAL
AUTÓNOMA DE
NICARAGUA,
MANAGUA
UNAN - MANAGUA

**CENTRO DE INVESTIGACIONES Y ESTUDIOS DE LA SALUD
ESCUELA DE SALUD PÚBLICA
CIES- UNAN Managua**



**Maestría en Salud Pública
2016 - 2018**

**Informe final de Tesis para optar al
Título de Máster en Salud Pública**

**CARACTERIZACIÓN DE PACIENTES CON DIAGNÓSTICO DE
HEMORRAGIA POST PARTO TEMPRANA, SERVICIO DE
MATERNIDAD DEL HOSPITAL GENERAL SAN FELIPE
TEGUCIGALPA, HONDURAS, DURANTE EL AÑO 2016.**

Autora:

Ana Pastora Bustillo Padilla.

Lic. en Enfermería

Tutora:

MSc. María de Jesús Pastrana Herrera.

Docente e Investigadora

Ocotal, Nueva Segovia, Nicaragua. Mayo, 2018

OPINIÓN DE TUTORA

La hemorragia posparto es una causa frecuente de mortalidad materna. De todas las muertes maternas que se producen al año en el mundo (aproximadamente 515 000 anuales), casi 30% de ellas es debido a la presencia de esta grave complicación y se calcula que a nivel global se produce una muerte materna cada 4 minutos, por esta patología. La OPS (2015) estimó que el 8,2% de las mujeres que dan a luz en América Latina sufrirán una hemorragia postparto grave que requiera una transfusión.

El objetivo de “Caracterizar a las pacientes con diagnóstico de hemorragia post parto temprana, en el servicio de maternidad, Hospital General San Felipe, Tegucigalpa, Honduras durante el año 2016. Objetivo el cual fue cumplido con los principales resultados.

Los antecedentes gineco obstétricos más frecuentes fueron que la mayoría habían recibido atención prenatal con cuatro y más controles prenatales, multíparas, el antecedentes de cesárea anterior, macrosomía fetal y embarazo múltiple es muy bajo. Entre las causas más frecuente de HPP, se reveló que la mayoría de los partos fue vaginal, se presentó desgarro en la mitad de los casos, siendo el más frecuente el grado I en la mayoría presentó hipotonía uterina, retención placentaria. La mayor frecuencia del diagnóstico de la HPP se realizó antes de los 30 minutos después del parto. La mayoría de las atenciones del parto fue brindada por personal de enfermería.

La presente investigación, ha cumplido con todos los requisitos que indica la metodología de la investigación establecida, brindando aportes importantes a los gerentes del hospital San Felipe y personal de salud que labora en maternidad, para la mejoría de la calidad de atención del parto y poder contribuir en la reducción de HPP.

Msc. María de Jesús Pastrana Herrera

ÍNDICE

Resumen.....	i
Dedicatoria.....	ii
Agradecimiento.....	iii
I. INTRODUCCIÓN.....	1
II. ANTECEDENTES.....	2
III. JUSTIFICACION.....	4
IV. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	5
V. OBJETIVOS.....	6
VI. MARCO TEORICO.....	7
VII. DISEÑO METODOLOGICO.....	17
VIII. RESULTADOS Y ANÁLISIS DE RESULTADOS	21
IX. CONCLUSIONES	34
X. RECOMENDACIONES	35
XI. BIBLIOGRAFIA.....	36
ANEXOS	

RESUMEN

Objetivo: Caracterizar a las pacientes con diagnóstico de hemorragia post parto temprana, en el servicio de maternidad, Hospital General San Felipe, Tegucigalpa, Honduras durante el año 2016.

Diseño. Investigación descriptiva retrospectiva, 44 casos registrados con diagnóstico de hemorragia post parto temprana, fuente de información expedientes clínicos, auxiliados con el instrumento de recolección.

Resultados. La edad media fue 25 años y la mayoría fueron adolescentes, de zona urbana, amas de casas, con bajo nivel de escolaridad, multíparas, con antecedentes de cesárea anterior, macrosomía fetal. El 89% habían recibido cuatro y más controles prenatales, La vía del parto fue vaginal con 84%. Las complicaciones presentadas fueron: 68 % hipotonía uterina, el 50% algún tipo de desgarro, siendo el 54. 5% grado I, el 27.3% retención placentaria, el 41% de los partos fueron atendido por licenciadas en enfermería.

Conclusiones: En la mayoría fueron jóvenes, multíparas, bajo nivel de escolaridad, de zona urbana, con cuatro y más controles prenatales, con antecedentes de cesárea anterior, macrostomia fetal y embarazo múltiple es muy bajo. La mayoría de la vía de terminación del parto fue vaginal. Las causas más frecuentes de HPP fueron el desgarro grado I y II, en la mayoría presentó hipotonía uterina, retención placentaria. El diagnóstico de la HPP se realizó en los primeros treinta minutos después del parto. El perfil profesional que más brindó atenciones del parto fue el personal de enfermería.

Palabras claves: Hemorragia post parto, desgarro, hipotonía.

DEDICATORIA

A DIOS todo poderoso, por quien todo existe.

A mi familia y personas que más han influenciado en mi vida dándome los mejores consejos guiándome y haciéndome una persona de bien.

Ana Pastora Bustillo Padilla.

AGRADECIMIENTO

A Dios quien me dio la valentía y fortaleza de perseverar.

A mis maestros del CIES, sí míos porque llevo algo de su esencia en mi vida.

Ana Pastora Bustillo Padilla.

I. INTRODUCCIÓN

La hemorragia posparto es una causa frecuente de mortalidad materna. De todas las muertes maternas que se producen al año en el mundo (aproximadamente 515 000 anuales), casi 30% de ellas es debido a la presencia de esta grave complicación y se calcula que a nivel global se produce una muerte materna cada 4 minutos, por esta patología. La OPS (2015) estimó que el 8,2% de las mujeres que dan a luz en América Latina sufrirán una hemorragia postparto grave que requiera una transfusión. Iniciativa de reducción de mortalidad materna.

En Honduras mediante el Plan Nacional de Salud (2014 – 2018), Proyecto MSH/ULAT Honduras Componente de Reforma (2014), la salud materna, medida a través de la razón de mortalidad materna , ha mejorado sensiblemente en los últimos años, pasando de 108 que se reportó en 1997 a 73 por 100,000 nacidos vivos para el año 2010, detectándose como principal causa la Hemorragia Post Parto (HPP).

Pero aún así las pérdidas son irrecuperables debido a las consecuencias posteriores que conllevan las muertes. Para el PNUD Honduras (2015), dentro de las estrategias que se han venido desarrollando estan: a) incremento de la atención institucional del parto, b) aumento de la utilización de métodos anticonceptivos; c) la ejecución de un Enfoque de Riesgo Reproductivo; d) capacitación de las parteras tradicionales ; e) aplicación del proceso de normatización de la atención integral a la mujer; y f) fomento de estrategias para mejorar la calidad del parto.

El presente informe permite caracterizar a las pacientes con diagnóstico de hemorragia post parto temprana, que fueron atendidas en el servicio de maternidad del Hospital general San Felipe ubicado en la ciudad de Tegucigalpa Honduras 2018, y brindar aportes para la mejoría de la atención para la prevención de muertes maternas por esa causa.

II. ANTECEDENTES

Según López L, et al (2017), Bogotá Colombia, en su estudio sobre la incidencia de la hemorragia posparto encontraron que la principal causa de HPP fue hipotonía uterina 29/35 (82 %).

Verdezoto A. (2016) Ecuador, en su estudio de tesis hemorragia posparto: Factores de riesgo y complicaciones en adolescentes encontró que la hemorragia pos parto se presentó en 8% el 75% fue en las edades de 11 a 15 años de edad con antecedentes de nuliparidad, hemoglobina gestacional menor de 10,5g/dl, episiotomía intra parto, y con escaso controles prenatales.

Según Chica K. (2013) Ecuador, en su estudio de tesis sobre la frecuencia de la hemorragia post parto y post cesárea,(n=30) encontró que la edad más frecuente fue entre los 15 -20 años de edad, rural en el 60%, de educación primaria con el 46.66%, seguida de las de secundaria, controles deficientes o nulos con el 66.66%, nulíparas con el 60% y múltiparas el resto, parto con 53.33%, anemia 40%, atonía uterina 43%, desgarro de cérvix 10%, desgarro perineal 20%, alumbramiento incompleto 27%.

Para Toledo M. (2013), en su tesis del CIES - UNAN Managua, Nicaragua evaluó la aplicación del protocolo de hemorragia post parto del Ministerio de Salud (MINSA) en el Hospital Regional Asunción de Juigalpa (HRAJ), proveyendo información acerca de las características socioeconómicas, patológicas y obstétricas de las pacientes. La paciente típicamente tenían edades entre 20 - 35 años, de procedencia rural, ama de casa, en unión estable y con escolaridad primaria, los antecedentes patológicos y obstétricos importantes como mal nutrición, anemia, multiparidad y se confirma a la atonía/hipotonía uterina como la principal causa asociada, pero la contribución fundamental es la evaluación del deficiente cumplimiento del diagnóstico.

Jarquín (2012), Federación Centroamericana de Sociedades de Obstetricia y Ginecología (FECASOG) Centroamérica, (2012), realizó un estudio de tipo descriptivo, multicéntrico entre: Guatemala, El Salvador, Honduras, Nicaragua, Costa Rica y

Panamá en el período de marzo 2011 a febrero 2012, encontró que en Nicaragua la edad materna promedio fue de 25.31 ± 7.3 años, entre los factores de riesgo se fueron antecedentes de hemorragia post parto (2.3%), trabajo de parto prolongado (8.2%), uso de útero-inhibidores (5.9%), recién nacido con peso >4.0 kg (4.5%), poli hidramnios (0.9%), embarazo múltiple (8.8%), anemia (47.7%), histerectomía (23.8%) y tratamiento con oxitocina de primera elección (100%).

En el 2011, el comité de Investigación de la Federación centroamericana de sociedades y asociaciones de Ginecología y Obstetricia (COMIN-FECASOG), (citado Bustillo C. & Aguilar N. 2013) realizaron un estudio en Honduras en el Hospital escuela, para conocer las características de la hemorragia severa post parto por atonía uterina, en encontrando el porcentaje más alto de casos reportados hasta un 36.2%, en edades más frecuentes de 14-19 años con el 36%, del área urbana 75%.

Altamirano P. (2012) en Perú, realizó una tesis sobre los factores de alto riesgo asociados a la Hemorragia Post Parto (HPP) inmediata encontrándose con la frecuencia de HPP de 1.52 %. Los principales factores de alto riesgo durante el embarazo para el grupo de casos se destacan en orden de frecuencia: primigestas 23.8%, infección de vías urinarias 11.9%, período intergenésico largo con 11.9%, talla baja 8.7%, añosa 7.4%, anemia 6.3%. Entre los principales factores de riesgo intra parto se encontraron de acuerdo al orden de frecuencia: episiotomía 40.3%, ruptura prematura de membranas 14.7%, parto precipitado 12.8%, oxito-conducción 10%, parto prolongado 7.3%. Los factores de riesgo intra parto identificados son la episiotomía y el parto precipitado. El parto precipitado tuvo 2.706 veces más riesgo de sufrir HPP. Las principales causas de presentar HPP la constituyen desgarro del canal del parto, atonía uterina, retención de restos placentarios.

III. JUSTIFICACIÓN

La Hemorragia post parto (HPP) afecta aproximadamente, el 2% de todas las mujeres parturientas: Está asociada no solo a casi un cuarto de todas las defunciones maternas en todo el mundo, sino que también es la causa principal de mortalidad materna en la mayoría de los países de ingresos bajos. La HPP es un factor significativo que contribuye a la morbilidad materna grave y a la discapacidad a largo plazo, así como a una serie de otras enfermedades maternas graves generalmente asociadas con la pérdida considerable de sangre, incluidos el shock y la disfunción orgánica.

En el Hospital General San Felipe, han venido registrando datos estadísticos que van en aumento en los últimos años prentándose casos de hemorragia post parto: 93 casos de HPP temprana en el 2013, 34 casos en el 2014 y en el 2015 con 49 casos reportados.

La caracterización de las pacientes con diagnóstico de hemorragia post parto temprano en las pacientes atendidas en el servicio de la maternidad del Hospital General San Felipe, permite brindar aportes para la mejoría de la atención para la prevención de muertes maternas por esa causa.

En este sentido, se hace necesario tener una mejor vigilancia de las pacientes ingresadas que presenten estos factores y así garantizar un tratamiento de calidad y desarrollar actividades, procedimientos e intervenciones durante el proceso de postparto, con el propósito de dar respuesta a esta problemática social que se presenta en el Hospital General San Felipe ubicado en Tegucigalpa, M.D.C. Departamento de Francisco Morazán, Honduras.

IV. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

En Honduras y específicamente en el Hospital General San Felipe, ubicado en la ciudad de Tegucigalpa, no se encontraron estudios recientes sobre el tema de hemorragias pos parto tempranos en el servicio de maternidad, por lo que este trabajo sería una aproximación al fenómeno de estudio. Pensando en la magnitud y transcendencia de este problema, es de gran relevancia desarrollar este estudio como primera aproximación del Hospital y en el campo de la Salud Pública del país.

Observando que los casos de hemorragia post parto temprana han presentado un aumento en el Hospital General San Felipe y contribuyendo con el objetivo de desarrollo sostenible Número 3.” Garantizar una vida sana y promover el bienestar para todos en todas las edades”. Y que para el 2030, “reducir la tasa mundial de mortalidad materna a menos de 70 por cada 100,000 nacidos vivos” y tomando en cuenta la magnitud de dicho problema se plantean la siguiente interrogante:

¿Cuáles son las características de las pacientes con diagnostico de hemorragia post parto temprana en el servicio de maternidad del Hospital General San Felipe, Tegucigalpa, Honduras durante el año 2016?

Asimismo las siguientes interrogantes:

1. ¿Qué características sociodemográficas presentan las pacientes con diagnóstico de hemorragia post parto temprana en el servicio de maternidad del HGSF?
2. ¿Cuáles son los antecedentes gineco obstétricos de las pacientes que presentaron hemorragias post parto temprana en el servicio de maternidad del HGSF?
3. ¿Cuáles son las causas más frecuentes de hemorragia post parto temprana que presentaron las pacientes en el servicio maternidad del HGSF?
4. ¿Qué perfil profesional tiene el personal de salud que brindó la atención del parto durante el período de estudio?

V. OBJETIVOS

Objetivo General

Caracterizar a las pacientes con diagnóstico de hemorragia post parto temprana, en el servicio de maternidad, Hospital General San Felipe, Tegucigalpa, Honduras durante el año 2016.

Objetivos Específicos

1. Precisar las características sociodemográficas en las pacientes que presentaron hemorragia post parto temprana.
2. Identificar los antecedentes gineco obstétricos de las pacientes que presentaron hemorragias post parto temprana en el servicio de maternidad del HGSF
3. Identificar las causas más frecuentes de la presencia de hemorragia post parto temprana.
4. Determinar el perfil profesional del personal de salud que brindo la atención del parto.

VI. MARCO TEÓRICO

Hemorragia post parto

No existe aún, en la rama de la medicina una definición exacta de hemorragia post parto, pero de acuerdo con Martínez-Galiano (2009), tradicionalmente se ha definido la hemorragia postparto (HPP) como una pérdida sanguínea mayor de 500 cc después de un parto vaginal y mayor de 1000 cc después de una operación cesárea o un descenso significativo del hematocrito o que implique la necesidad de transfusión sanguínea.

Según López-García, L., Ruiz-Fernández, D., Zambrano-Cerón, C., & Rubio-Romero, J. (2017). Bogotá – Colombia en sus estudios sobre Incidencia de hemorragia posparto con base en el uso terapéutico de uterotónicos. Resultados maternos en un hospital de mediana complejidad encontró que la HPPT se presentó más frecuente en la vía de parto vaginal con el 66% de los casos, a principal causa de HPP encontrada fue hipotonía uterina 82 %.

Arcia Fiffe, R., Lorie Sierra, L., & Ferrer Cala, O. (2017). Guantánamo – Cuba, en su estudio sobre la Caracterización de hemorragia posparto en maternidad del Hospital General “Dr. Agostinho Neto”, encontraron que el 38 % de las pacientes se estaban en el rango entre 20 y 34 años, el 42.85 % procedían del área urbana, la prevalencia de la hemorragia postparto es más precoz en aparecer en pacientes que presentan un trabajo de parto precipitado (o sea antes de las 4 horas) y en aquellas donde fue prolongado (más de 12 horas). Por otra parte Manzanarez, M. & Núñez, E. (2015) Managua - Universidad Nacional Autónoma de Nicaragua, en sus estudio de tesis sobre: Principales causas de hemorragia post parto en el puerperio inmediato en pacientes con nacimientos vaginales a término en el período de enero a octubre 2015 en el Hospital Bertha Calderón Roque, ellos encontraron que los resultados más importantes fueron: la edad más registrada fue en el rango de: 20 – 35 años, con nivel de escolaridad secundaria, comerciantes en su mayoría, y de procedencia rural. Los antecedentes ginecoobstétricos eran multigestas, multíparas, las cuales cumplieron CPN en número de 4– 6 en un 62% predominantemente, con un período intergenésico

en un 52% de 18 meses a 10 años, las semanas de gestación de 37– 41, con adecuado peso gestacional al nacer, las principales causas de hemorragia post parto en orden de frecuencia fueron la hipo y/o atonía uterina, laceraciones cervico -vaginales grado I con el 40%, retención de restos placentarios, EL 100% fueron atendidos por médicos.

En la práctica, según Herrera, R. Carvajal C. (2008), - Santiago de Chile, considera que es difícil estimar con exactitud la cantidad de sangre perdida. La estimación visual de la pérdida de sangre es notoriamente imprecisa, en el 30 al 35% de los casos este sangrado suele infravalorarse, a menudo la mitad de la pérdida real, por ello, sangrados mayores a 500 cc podrían resultar en realidad en sangrados mayores, y pasar de ser hemorragias estándar a ser hemorragias severas. La sangre se presenta mezclada con el líquido amniótico y/o con la orina se dispersa en las gasas, toallas y compresas, en los recipientes y en el piso. Internacionalmente la hemorragia obstétrica siempre se ha considerado la complicación más temerosa que puede conducir a la mortalidad materna.

Clasificación

Para Moraga. Irías, J (2007) Honduras, considera que se puede dividir a la hemorragia postparto en:

- Hemorragia post parto precoz.
- Hemorragia post parto tardía.

La primera es aquella que ocurre durante las primeras 24 horas tras el parto; la segunda, es la que acontece después de las 24 horas tras el parto y hasta 6 semanas luego del mismo.

Tanto ACOG Practice Bulletin (2006) Como Schurmans N. MacKinnon, C., Lane C., & Etches. (2004) Granada España, ellos consideran que también se entiende como HPP a cualquier pérdida hemática postparto que cause compromiso hemodinámico, la cual depende de la cantidad y velocidad de sangre extravasada, del nivel de hemoglobina y

del estado de hidratación previo. Sangrado postparto con cambios hemodinámicos quieren transfusión sanguínea; caída del hematocrito mayor al 10% y/o 2.9 gr % en la Hemoglobina basal y finalmente pérdida de sangre mayor al 1% del peso corporal.

Asturizaga P. & Toledo L. (2014) La Paz, las tres causas más frecuentes de HPP son: Atonía uterina (50-60%), placenta retenida, restos placentarios (20-30%), laceraciones cervicales y/o vaginales (10%). Todos ellos representan aproximadamente el 95% de todas las causas de HPP

Hemorragia post parto temprana

Canchila C., Laguna H., Paternina A. & Arango A. (2009), Cartagena Colombia, la hemorragia postparto inmediata es la más frecuente e importante, ocurre con mayor frecuencia en las dos primeras horas del puerperio y representa alrededor del 6 al 7%, es a su vez la causa más frecuente de muerte por hemorragia postparto. La hemorragia postparto tardía oscila entre el 1 al 3% de los casos. La hemorragia postparto es una de las complicaciones más temidas que pueden surgir en el puerperio. Actualmente, la mejor atención obstétrica y la mayor disponibilidad y mejor uso de fármacos oxitócicos, han hecho que su incidencia no supere el 5% (los análisis estadísticos más optimistas calculan cifras en torno al 1 %, si bien hay que tener en cuenta que estas cifras corresponden a estadísticas realizadas en países desarrollados. De todos modos, sigue siendo una de las tres primeras causas de mortalidad materna en el mundo, siendo en la mayoría de los casos potencialmente evitable.

Factores de riesgo

Para Solaris A. et al (2014) Santiago Chile, los factores de riesgo más más importante son edad materna avanzada (mayor de 35 años) y enfermedades crónicas. La etiología más frecuente es la Inercia Uterina, el Acretismo, embarazo múltiple, polihidramnio Mal nutrición materna, anemia materna, legrados uterinos previos, tabaquismo consumo de drogas, miomas uterinos, síndrome hipertensivo del embarazo, traumatismos abdominales, trabajo de parto prolongado, patología materna entre otros.

Tanto Calle, A. Barrera, M. Guerrero, A. (2008) Quito Ecuador, como Cervantes Begazo R. (2005) Perú en sus estudios mencionan que los factores asociados a la hemorragia postparto también son: intervalo intergenésico corto (menos de un año), historia de atonía uterina, retención de restos placentarios, realización de episiotomía, primiparidad, obesidad materna, macrosomía fetal, hemorragia ante parto.

En el estudio realizado por Sosa C. & Cols. (2009), los factores más fuertemente asociados a hemorragia postparto fueron: placenta retenida, embarazo múltiple, macrosomía fetal, episiotomía, sutura perineal y parto inducido.

Factores de ante parto

- Presencia de pre eclampsia (más aún si existió administración de sulfato de magnesio)
- Nuliparidad
- Gran distensión uterina (feto macrosómico, embarazo múltiple, poli hidramnios, gran miomatosis uterina)
- Antecedente de cesárea anterior.
- Antecedente de hemorragia postparto previa.
- Antecedente de trastornos de coagulación.

Factores intra parto

- Trabajo de parto prolongado (superior a 15 a 18 horas).
- Período expulsivo prolongado.
- Episiotomía medio lateral.
- Descenso de presentación prolongado.

Factores post parto

- Desgarros y laceraciones (cervicales, vaginales, perineales).
- Episiotomía medio lateral.
- Parto asistido instrumental.
- Placenta retenida

Finalmente, Combs C.A., Murphy E.L. & Laros R.K. (1991), describen la relación entre estos factores asociados y las causas mismas del sangrado postparto.

Etiología

Atonía uterina

Oyelese, Y. Ananth, CV (2010), Tennessee USA, considera la atonía uterina es cuando el útero no se contrae después del alumbramiento, debido a la falta de contracción uterina, y sucede en aproximadamente el 5% de todos los partos, originando una pérdida sanguínea anormal es la causa más frecuente (70%). Sus factores de riesgo son la sobre distensión uterina por gestación múltiple, hidramnios o macrosomía fetal; el agotamiento muscular por parto Prolongado, rápido y/o gran multiparidad; y corioamnionitis.

Abalos E, Asprea 1, García O. (2006) Buenos Aires Argentina, encontró en su estudio que la segunda causa es la Traumática (20%), ocasionada en orden de frecuencia por los desgarros del cuello uterino, la vagina o el perineo; inversión uterina y Rotura uterina.

La tercera causa en frecuencia es la retención de productos de la gestación (10%), que se debe a retención de placenta y retención de restos y/o membranas placentarias, lo cual puede deberse a una placenta adherente por una implantación anormal de la

misma, como se da en la placenta ácreta, íncreta, pércreta. El acretismo placentario es poco frecuente, aunque en los últimos años ha aumentado su incidencia. El riesgo aumenta a medida que lo hace el número de cicatrices uterinas. Como otras causas excepcionales, pero de gravedad podemos nombrar a la rotura uterina y a la dehiscencia uterina. La primera es la pérdida de integridad de la pared del útero; el factor de riesgo más frecuentemente implicado es la existencia de una cirugía previa, y otros menos frecuentes son los partos traumáticos y la hiperdinamia/hiperestimulación uterina. La dehiscencia uterina se diferencia de la anterior porque la separación de la capa miometrial asienta sobre una cicatriz uterina previa.

Además se pueden citar otras causas como: la inversión uterina, que se debe a la tracción del cordón umbilical y presión sobre el fondo uterino, lo cual provoca que la parte interna se convierta en externa durante la expulsión de la placenta; y alteraciones de la coagulación, que pueden ser coagulopatías congénitas (Enfermedad de Von Willebrand y Hemofilia tipo A) o adquiridas durante el embarazo (pre eclampsia grave, síndrome de HELLP, embolia de líquido amniótico, desprendimiento abrupto de placenta y sepsis).

Trauma obstétrico materno

Constituyen la segunda causa de hemorragia postparto. Suelen estar relacionados con partos operatorios que lesionan el canal blando del parto, aunque pueden aparecer también partos muy rápidos. El sangrado suele ser de menor cuantía, pero constante, de sangre más roja, comienza luego de la expulsión del feto y antes del alumbramiento de la placenta, y sigue aun con útero contraído. Sociedad Española de Gineco obstetricia Protocolo N° 35. Patología del alumbramiento y del postparto inmediato. SEGO.

El daño del tracto genital puede ocurrir espontáneamente o por manipulación usada para la extracción del feto como se mencionó anteriormente. El traumatismo puede ocurrir luego de un trabajo de parto prolongado, especialmente en pacientes con

desproporción céfalo pélvico relativo o absoluto y en útero que ha sido estimulado con oxitocina o prostaglandinas. El traumatismo puede ocurrir luego de la manipulación intrauterina del feto y existe riesgo alto asociado a versión externa. Finalmente, también puede ocurrir luego de manipulación para extracción manual de la placenta. La rotura uterina es más frecuente en pacientes con cesárea previa.

Desgarro del cuello uterino

El útero se desgarra en más de la mitad de los partos vaginales, casi todos estos son menores a 0.5 cm. Los desgarros profundos del cuello uterino pueden extenderse hasta el tercio superior de la vagina. Sin embargo, en raras circunstancias puede haber avulsión completa o parcial del útero desde la vagina, con colporrexia en los fondos de saco anterior, posterior o lateral. Estas lesiones aparecen con frecuencia en rotaciones con fórceps difíciles o de partos efectuados a través de un cuello uterino no dilatado por completo, con aplicaciones de las hojas del fórceps sobre el cuello del útero. Rara vez los desgarros cervicouterinos pueden extenderse para afectar el segmento uterino inferior y la arteria uterina y sus principales ramas, incluso a través del peritoneo. Es posible que no se sospechen en lo absoluto, pero con mucha mayor frecuencia se manifiestan con hemorragia externa excesiva o por formación de hematomas.

Desgarros perinatales

Todos los desgarros perineales salvo los más superficiales se acompañan de grados variables de lesión en la parte inferior de la vagina. Esos desgarros pueden alcanzar suficiente profundidad como para afectar el esfínter anal, y quizá se extiendan hasta profundidades variables a través de las paredes de la vagina. Los desgarros de primer grado implican alteración de la continuidad de la piel del periné, es la lesión más superficial; los desgarros de segundo grado se caracterizan porque la lesión llega hasta los músculos del periné, pero sin afectar a estos, los desgarros perineales de tercer grado, se caracterizan porque la lesión alcanza el esfínter anal y afecta la musculatura de este y finalmente en las lesiones de cuarto grado, el desgarro afecta el esfínter anal

y la mucosa rectal. Los desgarros de grado 3 y 4 presentan riesgo aumentado para hemorragia postparto en comparación con los grados 1 y 2.

D esgarros vaginales

Los desgarros aislados que afectan el tercio medio o superior de la vagina pero que no se relacionan con desgarros de cuello uterino o de periné son menos frecuentes.

Retención de restos placentarios

La retención de tejido placentario y de membranas después de la placenta, es la causa del 5-10% de las hemorragias del postparto. Clínicamente se manifiesta por una hemorragia, no muy abundante pero persistente que procede de cavidad uterina con útero contraído o no, pero que no responde a la administración de oxitócicos.

Retención de placenta

La ausencia del alumbramiento tras un periodo de 15-30 min. Puede deberse: A incarceration de la placenta desprendida que permanece en cavidad uterina o parcialmente en vagina, por espasmo del istmo, generalmente por tracciones intempestivas o falta de contracciones uterinas.

Por ello la placenta se adhiere directamente al miometrio. Hay distintos grados de penetración (acreta que llega al miometrio, íncrета que invade el miometrio y pércreta que incluso llega al peritoneo visceral y a las estructuras vecinas). De todas ellas la más frecuente es la primera forma y habitualmente suele presentarse de forma local o parcial siendo muy rara la total.

Factores asociados

Antecedentes

Multiparidad, gestante añosa, cicatriz uterina, legrados uterinos.

Características

Miomatosis uterina, acretismo placentario, anomalías uterinas, corio-amnionitis, prematuridad, placenta previa, parto prolongado, macrosomía, poli hidramnios, embarazo múltiple, desprendimiento prematuro de placenta, parto prolongado, parto precipitado, maniobra de kristeller y obesidad.

Intervenciones

Uso inadecuado de oxitócicos, Tocolíticos y sulfato de magnesio, mala conducción del parto, mal manejo del alumbramiento. La retención de una porción de la placenta es más común si la placenta se desarrolla como succenturiada o con un lóbulo accesorio. Normalmente, después de la expulsión de la placenta esta debe ser examinada; más aún, si luego de su expulsión existe sangrado, la placenta debería obligatoriamente ser inspeccionada, para evidenciar la integridad de los vasos sanguíneos y la integridad de las membranas. Estos hallazgos clínicos sugieren una retención parcial o un lóbulo accesorio. Debemos recordar que la retención de placenta es más frecuente en gestaciones pre término extremos (menor de 24 semanas) y por ello está normada la revisión de la cavidad uterina en estos casos

Manejo activo del tercer periodo del parto

La calidad de atención del parto y la vigilancia en el manejo del tercer período del parto se ha definido como estrategia en la prevención de hemorragia post parto. La vigilancia en las primeras dos horas posteriores al parto.

El manejo activo del tercer período del parto (MATEP) incluye:

1. Aplicación a la parturienta (parto/cesárea) 10 UI IM de Oxitocina inmediato al nacimiento del bebé, tan pronto como sea posible dentro del 1er minuto, habiendo descartado la presencia de otro bebé y antes del nacimiento de la placenta, se haya usado o no previamente Oxitocina para inducto-conducción.

2-Pinzamiento del cordón umbilical hasta que deje de pulsar.

3-Tensión controlada del cordón umbilical (aprovechando la contracción uterina) con Contracción (rechazando fondo uterino para evitar inversión uterina).

4-Realización de masaje uterino inmediato al alumbramiento placentario y cada 15 minutos durante las primeras 2 horas. Ministerio de salud de Nicaragua, normativa – 011 “normas y protocolos para la atención prenatal, parto, recién nacido/a y puerperio de bajo riesgo” (2008).

VII. DISEÑO METODOLÓGICO

a. Tipo de Estudio

Estudio descriptivo transversal.

b. Área de Estudio

El estudio se realizó, en Hospital General San Felipe, en Tegucigalpa.

c. Universo y muestra

El universo estuvo constituido por el 100% (44 casos) pacientes, que ingresaron a terminar su embarazo a la sala de labor y partos del servicio de maternidad del Hospital General San Felipe durante el año 2016.

d. Unidad de Análisis

Fueron los expedientes clínicos de las pacientes con diagnóstico de hemorragia post parto temprana de la unidad de estadísticas, Hospital General San Felipe.

e. Criterios de Selección

➤ De inclusión

Se incluyeron todos los expedientes de las pacientes que presentaron hemorragia post parto temprana en la maternidad del Hospital General San Felipe en el período de estudio.

Historias clínicas completas.

➤ De exclusión

Historias clínicas incompletas durante la recolección de datos.

Expedientes que no se encuentren en el archivo.

f. Variables de Estudio

Objetivo 1 Precisar las características sociodemográficas en las pacientes que presentaron diagnóstico de hemorragia post parto temprana

- Edad
- Procedencia
- Escolaridad
- Ocupación

Objetivo 2 Identificar los antecedentes gineco obstétricos de las pacientes que presentaron diagnóstico de hemorragias post parto temprana

- Control Prenatal
- Paridad
- Cesárea anterior
- Macrosomía
- Embarazo Múltiple.

Objetivo 3 Identificar las causas más frecuentes de hemorragia post parto temprana que presentaron las pacientes

- Terminación del parto (vía vaginal y cesárea)
- Desgarros
- Tipos de desgarro
- Complicación en el trabajo de parto (atonía, retención placentaria)
- Intervalo entre parto y HPP

Objetivo 4. Determinar el perfil profesional del personal de salud que brindó la atención del parto durante el período de estudio.

- Médicos
- Enfermeras

g. Fuente de Información

La fuente de información es secundaria, se recolectó a través de los expedientes clínicos de la unidad de estadística, libros del registro de ingreso del archivo del Hospital General San Felipe y el libro de registro de la sala de labor y partos, puerperios.

i. Técnica de Recolección de Información

La técnica de recolección de la información se realizó mediante llenado de una ficha obteniendo los datos del libro de registro de ingreso, egreso y evolución que se maneja en la sala de labor y partos y revisando los expedientes clínicos de cada paciente que presentó hemorragia post parto temprana.

j. Instrumento de recolección de información

Ficha de datos en los que contiene las variables de interés tales como datos sociodemográficos, antecedentes gineco obstétrico, causas de la HPP.

k. Procesamiento de la Información

El procesamiento de los datos se hizo en el programa Office Microsoft Excel 2016, para tablas y gráficos, Office Microsoft Word 2014 para elaboración de informe y Office Microsoft PowerPoint.

I. Consideraciones Éticas

Para realizar el presente estudio, se solicitó permiso a la Dirección de docencia del Hospital General San Felipe de Tegucigalpa Honduras, para la revisión de expedientes clínicos en el departamento de registro y archivo clínico. La información fue manejada confidencialmente y para efecto del estudio.

m. Trabajo de campo

Se trabajó los viernes y fines de semana en la ciudad de Tegucigalpa para el procesamiento de los datos durante los meses abril del 2017 hasta el 2 de febrero del 2018. Como limitantes del estudio, fueron la poca disponibilidad de tiempo para la obtención de los expedientes clínicos, el no encontrar registro de información de algunas de las variables de estudio.

VIII. RESULTADOS Y ANÁLISIS DE RESULTADOS

Objetivo 1 Características sociodemográficas en las pacientes que presentaron diagnóstico de hemorragia post parto temprana.

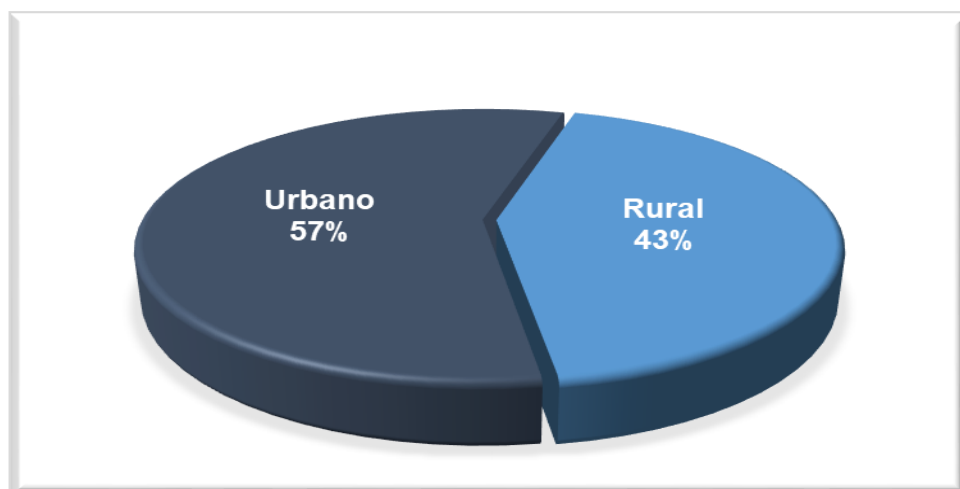
Tabla 1. Distribución según edad agrupadas de pacientes con diagnóstico de hemorragia post parto temprana, servicio de maternidad del Hospital General San Felipe, Tegucigalpa, Honduras, año 2016.

Rango de edades	Frecuencia	Porcentaje
16 - 19	13	29,5
20 - 24	12	27,3
25 - 29	8	18,2
30 - 34	8	18,2
35 - 39	2	4,5
40 - 44	1	2,3
Total	44	100

Fuente. Expediente clínico, servicio de maternidad Hospital General San Felipe – Honduras.

En relación a los grupos de edades se encontró una edad media: 25, mediana: 24, moda: 24, edad mínima 16 y la máxima de 40 años. De los 44 casos (100%) de las pacientes que reportaron HPPT el 29,5% representó una frecuencia de trece comprendidas entre las edades de 16 a 19 años, el 27,3% (12) entre 20 a 24 años, el 18,2% (8) entre 25 a 29 años, el 18,2% (8) de 30 a 34 años, el 4,5% (2) entre 35 a 39 años y el 2,3% (1) entre 40 y más años, (ver anexo # 4 tabla 1). Aunque no existió diferencia significativa entre las edades comprendidas entre los 16 - 19 y los 20 - 24 años estas fueron más propensas, esto significa que la mayoría de las pacientes fueron adolescentes. Estos resultados que son similares a los de: Verdezoto (2016), Bustillo C & Aguilar N. (2013), Chicas K. (2013) Jarquín, (2012) y Rivero, M. & col. (2005).

Gráfico 1. Procedencia de pacientes con diagnóstico de hemorragia post parto temprana, servicio de maternidad Hospital General San Felipe Tegucigalpa, Honduras, año 2016.

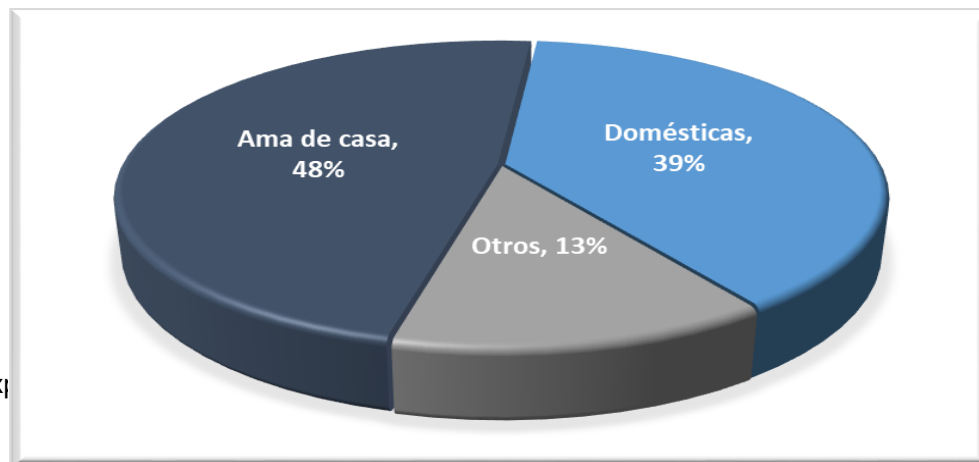


Fuente. Expediente clínico, servicio de maternidad Hospital General San Felipe – Honduras.

Del 100% de las pacientes que presentaron hemorragia post parto temprano se encontró el 56,8% (25) residían en el área urbana y el resto 43,2% (19) en la zona rural (ver anexo # 4, tabla 2).

La mayoría de las pacientes residían en la zona urbana, aunque no existió marcada diferencia significativa entre ambas zonas, esto significa posiblemente que este grupo tiene más accesos y cobertura a los servicios de salud, aunque se necesitarían más estudios para determinar o caracterizar con mayor precisión estas variables, este dato (zona urbana), concuerda con lo encontrado por Arcia Fiffe, R., Lorie Sierra, L., & Ferrer Cala, O. (2017), Bustillo C & Aguilar N. (2013)

Gráfico 2. Ocupación de las pacientes con diagnóstico de hemorragia post parto temprana, servicio de maternidad, Hospital General San Felipe Tegucigalpa, Honduras, año 2016.

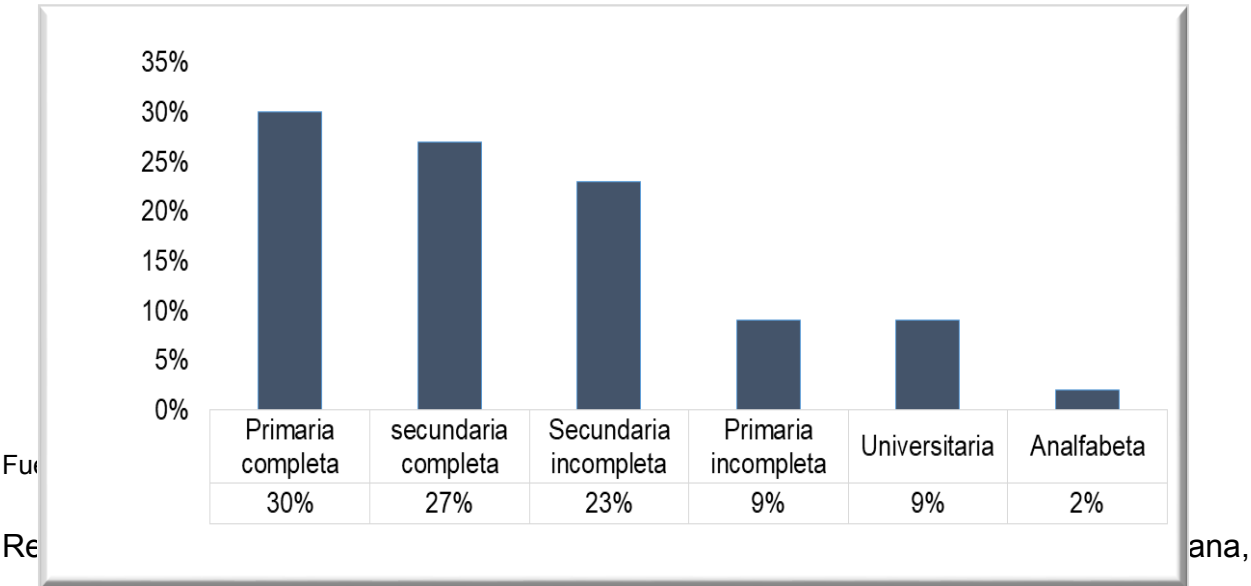


Fuente. Exp

Sobre la ocupación de las pacientes, se encontró que el 47.7% (21) fueron amas de casa, el 38.6% (17) empleadas domésticas y el 13.6 % (6) tenían otros tipos de ocupación (ver anexo # 4, tabla 3).

Las amas de casa presentaron mayor incidencia de hemorragia post parto en un total de 47.7% (21), lo que pareciera que las amas de casas son las que predominan en este estudio. Los resultados encontrados son similares a los hallazgos de Toledo, M (2013).

Gráfico 3. Escolaridad en pacientes con diagnóstico de hemorragia post parto temprana, servicio de maternidad Hospital General San Felipe, Tegucigalpa Honduras, año 2016.

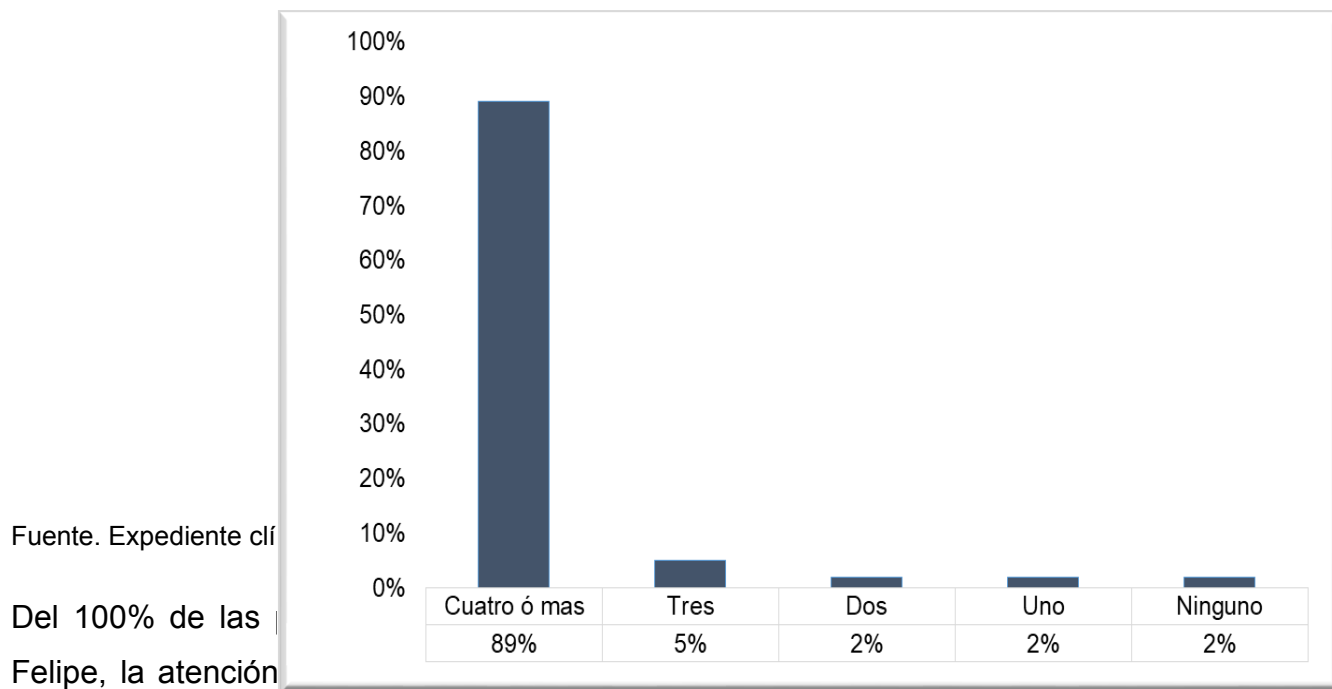


Reana, del 100%(44); el 2%(1) fue analfabeta, el 9%(4) tenían primaria incompleta y universitaria respectivamente, el 23 %(10) secundaria incompleta, el 27%(12) secundaria completa y 30%(13) primaria completa (ver anexo # 4 tabla 4).

En sumas se podría analizar que las pacientes con educación secundaria (50%) fueron las que representaron la mayoría de las hemorragias en comparación al resto de la escolaridad. Este resultado encontrado converge con lo encontrado por Manzanarez, M. & Núñez, E. (2015) y Chicas K, (2013).

Objetivo 2 Antecedentes gineco obstétricos de las pacientes que presentaron hemorragias post parto temprana.

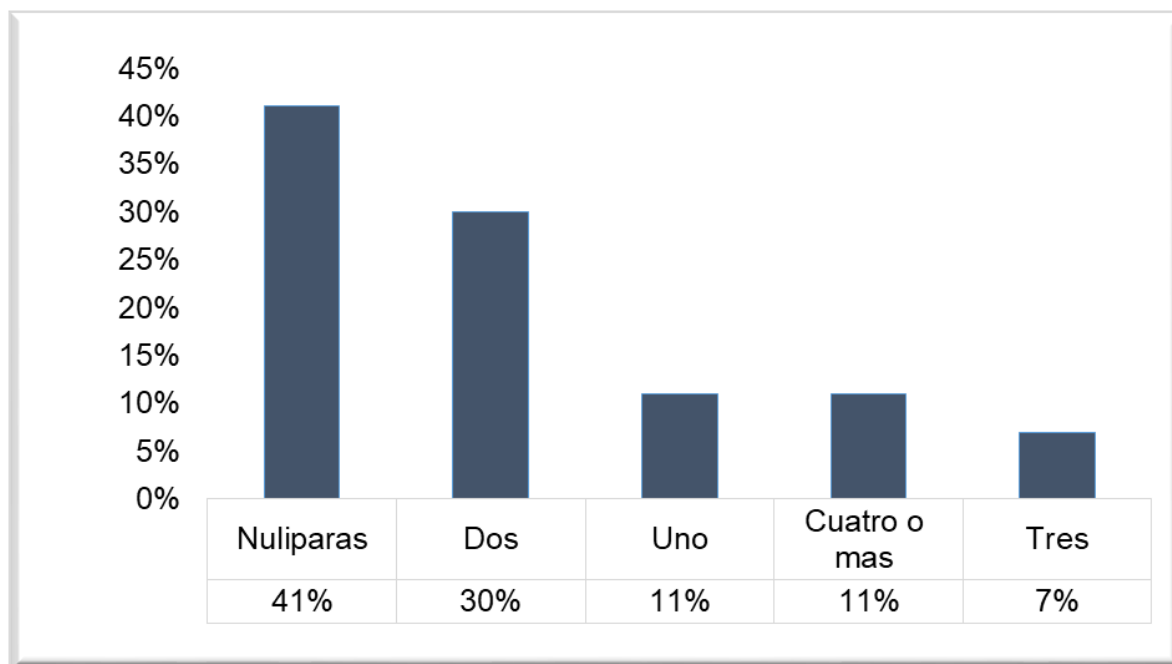
Gráfico 4. Atención prenatal de pacientes con diagnóstico de hemorragia post parto temprana servicio de maternidad Hospital General San Felipe Tegucigalpa, Honduras, año 2016.



2%(1) un control prenatal, 2%(1) dos controles, el 5%(2) tres y el 89%(39) cuatro y más controles prenatales (ver anexo # 4, tabla 5).

En relación a esto la mayoría tuvo acceso a la periodicidad de la atención prenatal con cuatro y más controles los que significa que la mayoría tiene asistieron a los servicios de salud, estos datos son muy similares a los encontrados por Manzanarez, M. & Núñez, E. (2015)

Gráfico 5. Paridad de pacientes con diagnóstico de hemorragia post parto temprana, servicio de maternidad Hospital General San Felipe, Tegucigalpa Honduras, año 2016.

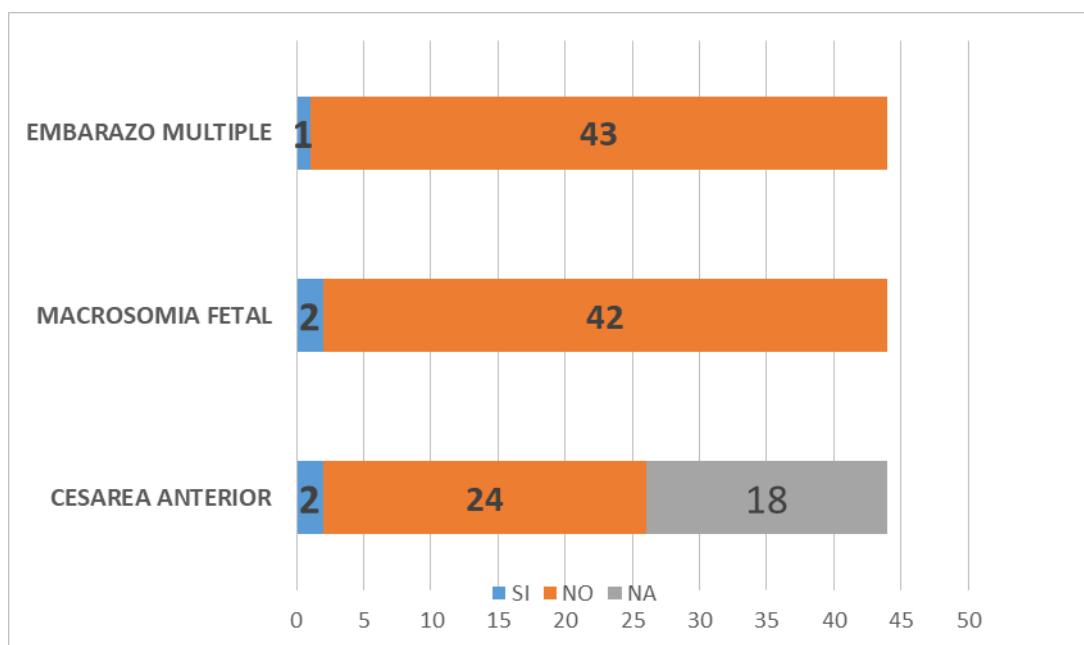


Fuente. Expediente clínico, servicio de maternidad Hospital General San Felipe – Honduras.

De las 44 (100%) pacientes, el 41%(18) fueron nulíparas, 30%(13) con dos partos, el 11%(5) primíparas y con 4 partos respectivamente y el 7%(3) con tres partos (ver - anexo # 4, tabla 6).

En lo que concierne a la sumatoria de esos datos, en su mayoría fueron multíparas, demostrando como factor de riesgo importante la multiparidad. Este hallazgo concuerda con lo encontrado por: Manzanarez, M. & Núñez, E. (2015), Toledo, M (2013), Callea. Barrera. Guerrero, A. (2008), Cervantes Begazo R. (2005).

Gráfico 6. Antecedentes gineco obstétricos de pacientes con diagnóstico de hemorragia post parto temprana, servicio de maternidad Hospital General San Felipe, Tegucigalpa Honduras, año 2016.



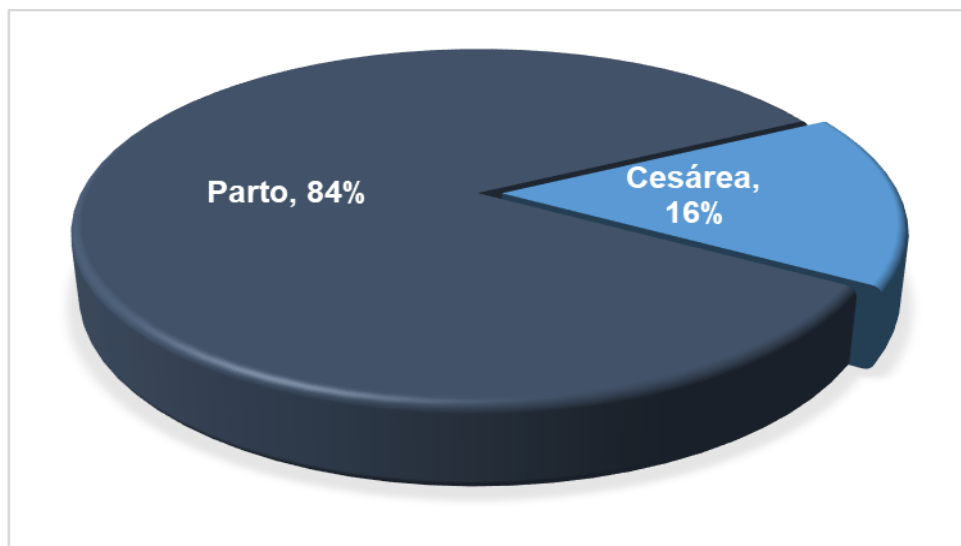
Fuente: Expediente clínico, servicio de maternidad Hospital General San Felipe – Honduras.

En los antecedentes de embarazo múltiple se encontró 1 caso, macrosomía fetal dos casos y; con historia de cesárea anterior dos casos (ver anexo # 4, tabla 7).

La frecuencia de cesárea previa, macrosomía fetal y embarazo múltiple es muy bajo, Jarquín, Federación Centroamericana de Sociedades de Obstetricia y Ginecología (FECASOG) Centroamérica, (2012), encontró, embarazo múltiple (8.8%).

Objetivo 3 Causa más frecuente de hemorragia post parto temprana en las pacientes en estudio.

Gráfico 7. Vía del parto, pacientes con diagnóstico de hemorragia post parto temprana, servicio de maternidad, Hospital General San Felipe, Tegucigalpa, Honduras, año 2016.

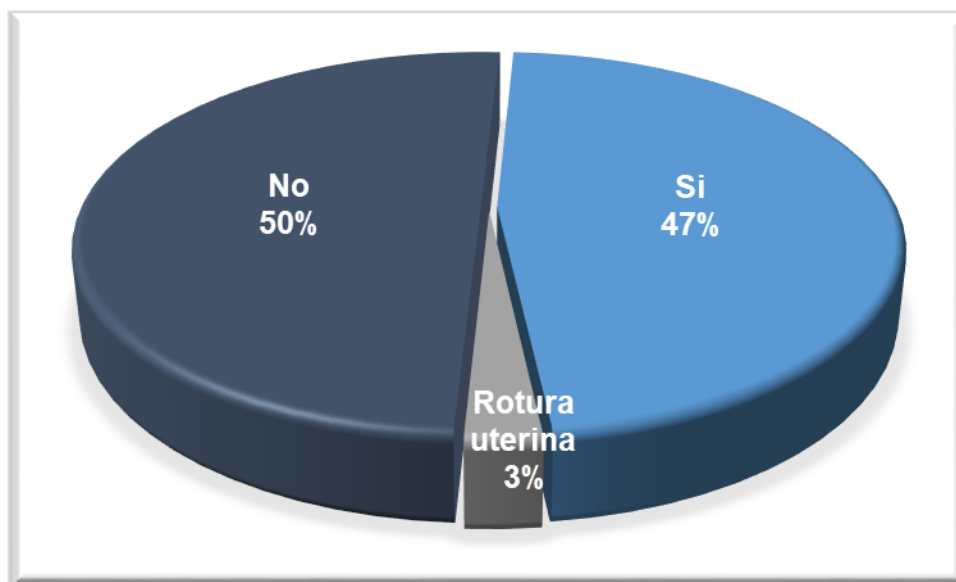


Fuente. Expediente clínico, servicio de maternidad Hospital General San Felipe – Honduras.

Del 100% de las atenciones, la vía del parto en el 84% (37) fue vaginal y el 16%(7) vía cesárea (ver anexo # 4, tabla 8).

La vía del parto en la mayoría de las pacientes fue vaginal lo que significa en este estudio que la vía de parto vaginal es más propensa a presentar HPPT. Este hallazgo coincide con lo encontrado por López-García, L., Ruiz-Fernández, D., Zambrano-Cerón, C., & Rubio-Romero, J. (2017).

Gráfico 8. Diagnóstico de desgarro perineal y uterino en pacientes con diagnóstico de hemorragia post parto temprana, servicio de maternidad, Hospital General San Felipe, Tegucigalpa, Honduras, año 2016.



Fuente. Expediente clínico, servicio de maternidad Hospital General San Felipe – Honduras.

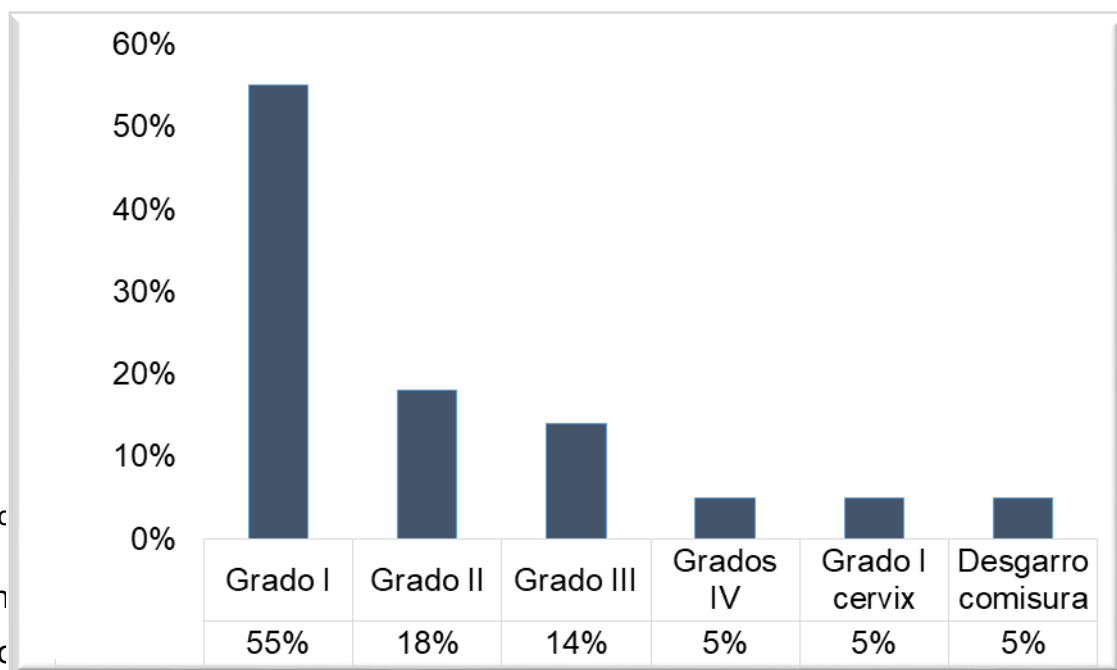
El diagnóstico de desgarro en el 50% (22) presentaron algún tipo de desgarro, el 3% (1) rotura uterina y el 47.4% (21) no tuvo desgarro (ver anexo # 4, tabla 9).

Todos los desgarros perineales salvo los más superficiales se acompañan de grados variables de lesión en la parte inferior de la vagina. En el presente estudio el 50% de los casos está el desgarro datos que es superior a los resultados de Chica K. (2013) en Ecuador que el desgarro perineal fue del 20%. Asimismo Altamirano P. (2012) encontró que las principales causas de presentar HPP la constituyen desgarro del canal del parto.

Gráfico 9. Tipo de desgarro perineal y uterino en pacientes con diagnóstico de hemorragia post parto temprana servicio de maternidad Hospital General San Felipe Tegucigalpa, Honduras, año 2016.

Fuente. Expediente clínico

En las 22 pacientes
55%(12) es grado I



en el 5%(1) desgarro grado I y de cérvix y; en el 5%(1) desgarro de comisura del cuello uterino (ver anexo # 4, tabla 10).

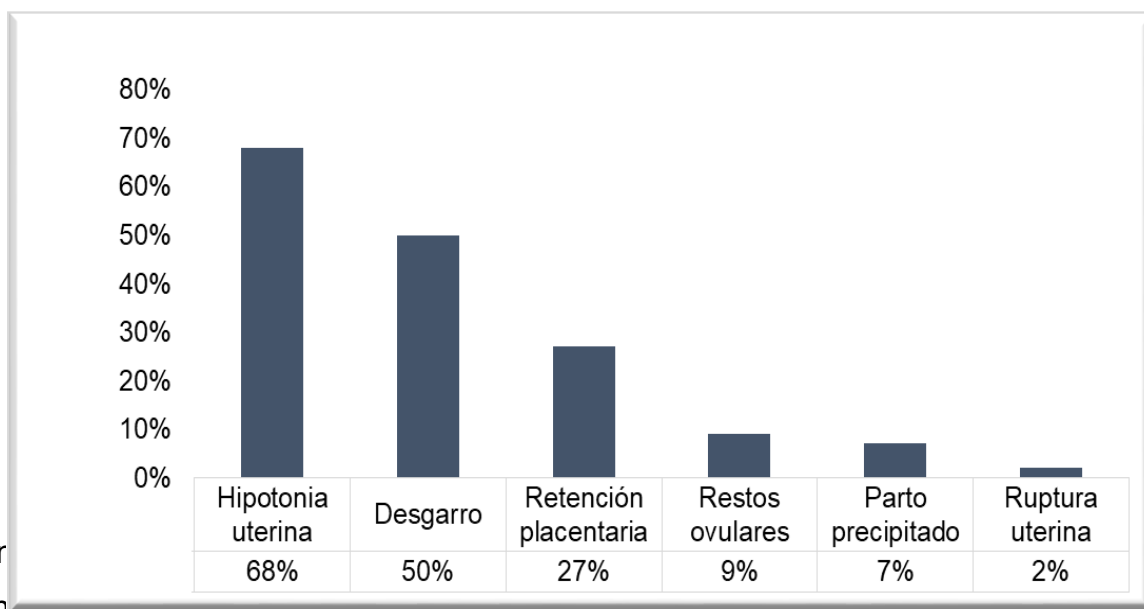
Se describe en la bibliografía que los desgarros de grado 3 y 4 presentan riesgo aumentado para hemorragia postparto en comparación con los grados 1 y 2. Siendo que los desgarros perineales de tercer grado, se caracterizan porque la lesión alcanza el esfínter anal y afecta la musculatura de este y finalmente en las lesiones de cuarto grado, el desgarro afecta el esfínter anal y la mucosa rectal. En el presente estudio la mayoría según registro es de grado I, se reportan otros tipos de desgarro en menor proporción e inclusive una rotura uterina, estos datos concuerda con lo encontrado por Manzanarez, M. & Núñez, E. (2015) en que la mayoría son de Grado I.

Gráfico 10. Complicación en el trabajo del parto, en pacientes con diagnóstico de hemorragia post parto temprana servicio de maternidad Hospital General San Felipe, Tegucigalpa, Honduras, año 2016.

Fuente. Expediente

Las complicaciones

el 50%(22) algún tipo de desgarro, el 27%(12) retención placentaria, el 9%(4) restos ovulares, el 7%(3) parto precipitado, el 2%(1) ruptura uterina (ver anexo # 4, tabla 11)



Del total de pacientes con Hemorragia post parto inmediato las principales causas del HPP, en la mayoría presentaron hipotonía uterina, posiblemente puedan estar asociadas a otros factores como la nutrición de la madre que no fueron considerados en este estudio y los reportes de anemia que no fueron registrados en el expediente clínico, estos datos coinciden con los factores descritos por; López-García, L., Ruiz & Col. (2017), Manzanarez, M. & Núñez, E. (2015) Callea. Barrera. Guerrero, A. (2008) y Cervantes Begazo R. (2005).

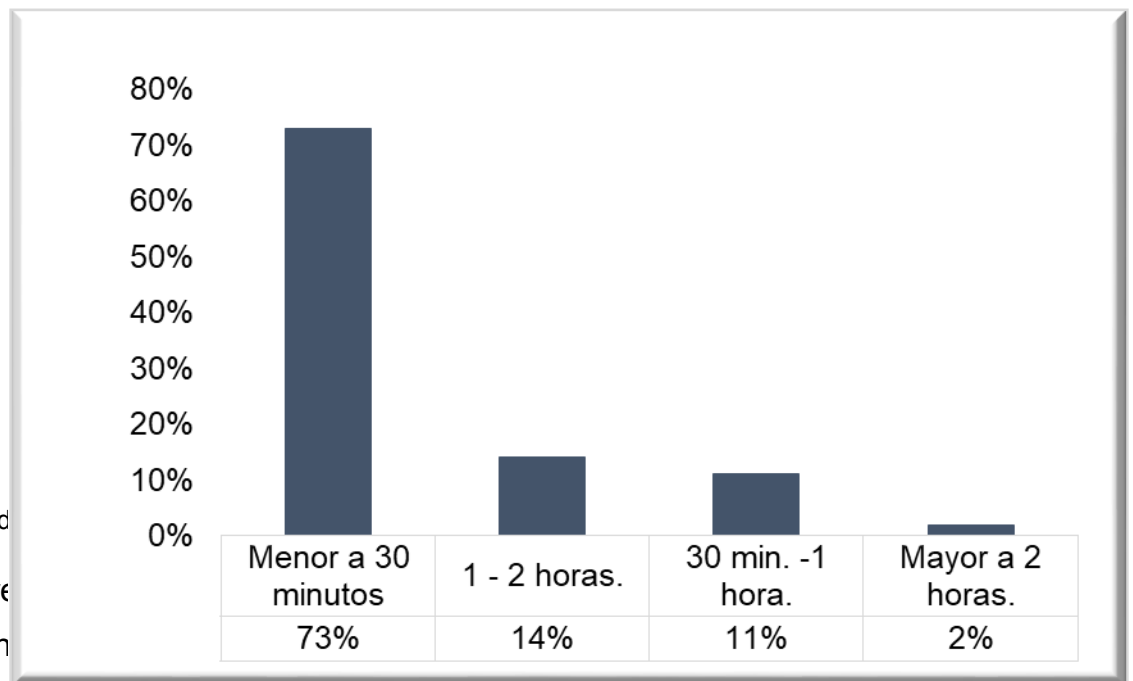
Gráfico 11. Intervalo entre el parto y el diagnóstico de hemorragia post parto temprana, servicio de maternidad Hospital General San Felipe Tegucigalpa, Honduras, año 2016.

Fuente. Expediente

El intervalo entre

73%(32) se diagn

entre los 30 minutos y 1 hora, y el 2%(1) posterior a las dos horas (ver anexo # 4, tabla 12). Lo que significa la mayoría del diagnóstico de HPP se diagnosticó tempranamente posiblemente por factores de supervisión por el personal de salud de esa área.

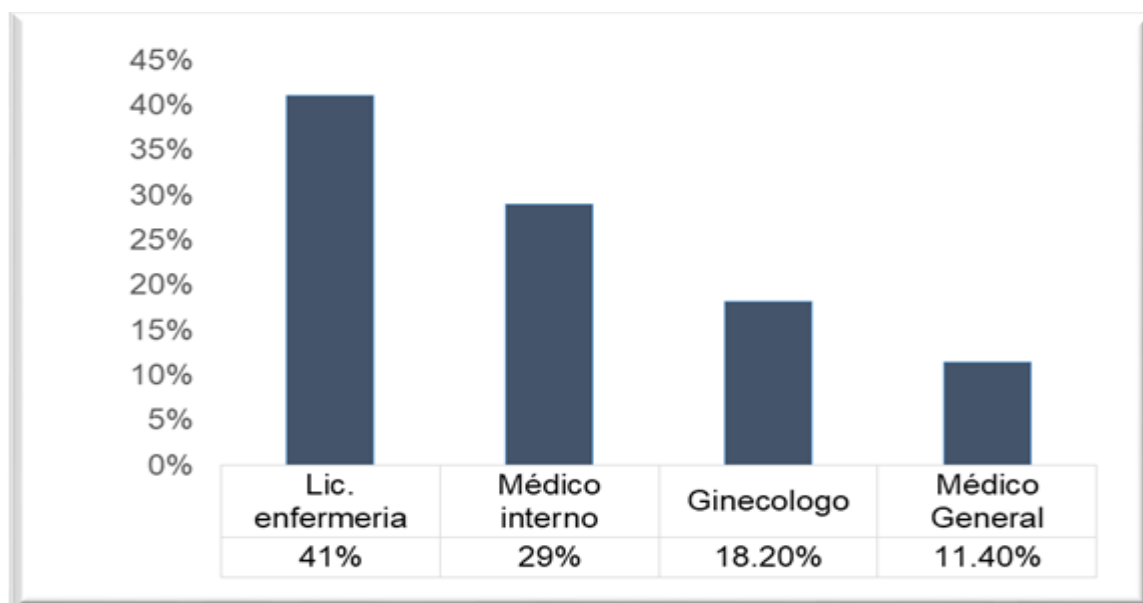


El manejo activo del tercer período del parto (MATEP) es muy importante para la prevención de la HPP, una de las actividades importantes está, la realización de masaje uterino inmediato al alumbramiento placentario y cada 15 minutos durante las primeras 2 horas, esta variable no está incluida en el presente estudio, solamente está reflejada que en casi su totalidad se aplicó el MATEP, quizás esto permitió la identificación de la mayoría en los primeros minutos posterior al parto, no se encontraron estudios que valoren esta variable.

Objetivo 4. Perfil profesional del personal de salud que brindó la atención del parto.

Gráfico 12. Distribución del personal que brindó la atención a pacientes con diagnóstico de hemorragia post parto temprana, servicio de maternidad Hospital General San Felipe Tegucigalpa, Honduras, año 2016.

Fuente: Expediente



El perfil profesional que brindó la atención del parto el 41%(18) licenciadas en enfermería, 29%(13) médicos internos, 18.20%(8) especialistas en ginecoobstetricia, 11.40 %(5) médico general (ver anexo # 4, tabla 13). La mayoría de los casos de hemorragias post parto registrada la atención del parto fue brindada por personal de enfermería. Estos datos no concuerdan con lo encontrado por Manzanarez, M. & Núñez, E. (2015) donde todos los partos fueron atendidos por médicos.

IX. CONCLUSIONES

1. Las pacientes con diagnóstico de hemorragia post parto inmediato se caracterizaron por tener mayor frecuencia con una media de edad encontrada de 25 años y la mayoría de las pacientes fueron adolescentes comprendidas en el grupo de 16 - 19 años a 24 años, procedentes de la zona urbana, amas de casas y con bajo nivel de escolaridad.
2. De acuerdo a los antecedentes gineco obstétricos, la mayoría habían recibido atención prenatal con cuatro y más controles prenatales, multíparas, el

antecedentes de cesárea anterior, macrosomía fetal y embarazo múltiple es muy bajo.

3. Entre las causas más frecuente de HPP, se reveló que la mayoría de los partos fueron la vaginal; se presentó desgarro en la mitad de los casos, siendo el más frecuente el grado I, la mayoría presentó hipotonía uterina, retención placentaria. La mayor frecuencia del diagnóstico de la HPP se realizó en los primeros 30 minutos después del parto.
4. La mayoría de las atenciones del parto fueron brindadas por el personal de enfermería y en menor proporción los médicos.

X. RECOMENDACIONES

Autoridades del hospital.

- Crear o elaborar un flujograma visible con el propósito de que el personal de salud pueda actuar ante los diferentes escenarios de riesgo con el objetivo de prevenir y disminuir la hemorragia postparto, así como la probabilidad de muertes materna y otras complicaciones.
- Capacitar al personal de salud en la detección temprana de HPP y parto seguro, al menos cada tres meses al año, tanto al personal de salud que labora en la sala de labor y parto y otro relacionados a este servicio.

- Monitoreo, evaluación, seguimiento y mejora en la detección oportuna de HPP.
- Estimular al personal en salud especialmente a médicos que laboran en la atención del parto para la detección temprana de los factores de riesgos relacionados con HPP.

XI. BIBLIOGRAFIA

Abalos E, Asprea 1, García O. Guía para la prevención, diagnóstico tratamiento de la hemorragia posparto. Ministerio de Salud de la Nación Argentina 2006; 47. Disponible en: http://www.msal.gov.ar/htm/Site/promin/UCMISALUD/archivos/pdf/guia_hemorragia.pdf.

Ajenifuja KO, Adepiti CA, Ogunniyi SO. Postpartum haemorrhage in a teaching hospital in Nigeria: a 5-year experience. Afr Health Sci 2010; 10 (Supl1): 71-74.

- ALTAMIRANO, P. (2012). *Factores de alto riesgo asociados a hemorragia postparto inmediato en el Hospital María Auxiliadora durante el 2009* (Licenciatura). Universidad Ricardo Palma. Disponible en <http://cybertesis.urp.edu.pe/handle/urp/232>
- Arcia Fiffe, R., Lorie Sierra, L., & Ferrer Cala, O. (2017). Caracterización de hemorragia posparto en maternidad del Hospital General “Dr. Agostinho Neto”, Guantánamo. *Revista Información Científica*, 96(4), 605-614. Recuperado de <http://www.revinfcientifica.sld.cu/index.php/ric/article/view/1181/2187>
- Asturizaga, Patricia, & Toledo Jaldin, Lilian. (2014). HEMORRAGIA OBSTÉTRICA. *Revista Médica La Paz*, 20(2), 57-68. Recuperado en 25 de abril de 2018, de http://www.scielo.org.bo/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1726-89582014000200009&lng=es&tlng=es.
- Bustillo C. & Aguilar N. (2013): HEMORRAGIA POSTPARTO POR CAUSAS DIFERENTES A ATONIA UTERINA SEVERA EN EL HOSPITAL ESCUELA Disponible en internet Pdf: <http://www.bvs.hn/RFCM/pdf/2013/pdf/RFCMVol10-2-2013-4.pdf> UNIVERSITARIO DE TEGUCIGALPA
- Canchila C., Laguna H., Paternina A. & Arango A (2009). "Prevención de la hemorragia posparto", Universidad de Cartagena, facultad de Ginecología & Obstetricia; Cartagena Colombia. 2009
- Calle A, Barrera M, Guerrero A. Diagnóstico y manejo de la hemorragia posparto. *Rev Per Ginecol Obstet* 2008; 54: 233-243 disponible en pdf en: http://sisbib.unmsm.edu.pe/bvrevistas/ginecologia/vol54_n4/pdf/a03v54n4.pdf

Cervantes Begazo R. Hemorragias del puerperio inmediato Prevención. Acta Medica Peruana 2005; 2; 65 70.

Chica, K. (2013). *Frecuencia de la hemorragia postparto y post cesárea en pacientes del hospital “dr. Rafael Rodríguez Zambrano” de la ciudad de manta durante el periodo de septiembre del 2012 a febrero del 2013.* especialidad. Universidad de Guayaquil facultad de ciencias médicas escuela de obstetricia. disponible en pdf: <http://repositorio.ug.edu.ec/bitstream/redug/1839/1/tesis%20frecuencia%20de%20hemorragia%20postparto%20katty%20chica.pdf>

Combs, C. A., Murphy, E. L., & Laros, R. K., Jr., (1991) "Factors associated with postpartum hemorrhage with vaginal birth", Obstetrics & Gynecology, 1991 77(1) 69-76.

Herrera R, Carvajal C. (2008). Intervención sobre las conductas clínicas para mejorar el cuidado obstétrico relacionado al parto: un estudio controlado randomizado en racimos. Rev. Chil. Obstet. Ginecol. 2008. 73(3): 214-217. Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-75262008000300012&lng=es.

OPS/OMS(2015). Busca reducir las muertes maternas por hemorragias en países de las Ámericas. Washington,DC, 18 de marzo de 2015. http://www.paho.org/hq/index.php?opcion=com_content&view=article&id=10592%32A2015-pahowho-iniciative-seecks-to-reduce-maternal-deaths-from-hemorrhage&Itemid=1926&lang=es

Jarquín (2013), Bustillo M.C, Aguilar N, M Hemorragias post parto por causas diferentes a atonía uterina severa en el Hospital Escuela Universitario de Tegucigalpa 2013.

www.hn.undp.org%2Fcontent%2Fhonduras%2Fes%2Fhome%2Fpost-2015%2Fsdgoverview%2Fmdgoverview%2Foverview%2Fmdg5.html&usg=AOvVaw0qd5R3fMuyp2BDDhAg6C6h

López-García, L., Ruiz-Fernández, D., Zambrano-Cerón, C., & Rubio-Romero, J. (2017). Incidencia de hemorragia posparto con base en el uso terapéutico de uterotónicos. Resultados maternos en un hospital de mediana complejidad de Bogotá, Colombia. *Revista Colombiana de Obstetricia y Ginecología*, 68(3), 218-227. Doi:<http://dx.doi.org/10.18597/rcog.2916>

Martínez-Galiano JM. (2009). Prevención de la hemorragia posparto con el manejo activo del alumbramiento. *Matronas prof.* 2009; 10 (Supl 4):20-26.

ACOG Practice Bulletin. (2006) postpartum hemorrhage. Clinical management guidelines for obstetrician-gynecologists.

Manzanarez, M. and Núñez, E. (2015). *Principales Causas De Hemorragia Post Parto En El Puerperio Inmediato En Pacientes Con Nacimientos Vaginales A Término En El Periodo De Enero A Octubre 2015 En El Hospital Bertha Calderón Roque*. Licenciatura en medicina. UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE NICARAGUA RECINTO UNIVERSITARIO RUBÉN DARÍO FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS. Disponible en pdf: <http://repositorio.unan.edu.ni/3604/1/72184.pdf>

Moraga L, Irias J. Hemorragia post parto en pacientes atendidas en Hospital Materno infantil por médicos internos y residentes. *Revista Médica de Jos Postgrados de Medicina UNAH* 2007. 10(1) 117-118.

Sosa G C, Aithabe F. (2009). Factores de riesgo de hemorragia posparto en partos vaginales en una población de América Latina. *The American College of Obstetricians and Gynecologists. Journal Obstet Ginecol* 2009; 113:1313-9. Disponible en la web

http://journals.lww.com/greenjournal/ Documents/ObstetGyneco1_2009_113_1313_translated.pdf

Oyelese, Y, Ananta CV. (2010). Postpartum hemorrhage: epidemiology, risk factors, and causes. *Clan Obstet Ginecol* 2010; 53 (Supl 1): 147-156.

Honduras (2018): Plan Nacional de Salud 2014 - 2018. [Proyecto MSH/ULAT Honduras Componente de Reforma] [Septiembre 2014]

Schurmans, N., MacKinnon, C., Lane, C., & Etches, D., (2004) "SOGC Clinical practice Guidelines. Prevention and Management of Postpartum haemorrhage", *Journal of the Society of Obstetricians & Gynaecologists of Canada*, 2000 22(4).

Solaris A., Solaris C., Wash A., Guerrero M., Enríquez O. (2014) Hemorragia del postparto. Principales etiologías, su prevención, diagnóstico y tratamiento. *Rev. Med. Las Condes. Chile. Vol.25 (6): 2014p 993-1003*

Toledo, M.A (2013) Aplicación del protocolo de hemorragia post parto establecido por el MINSA en las pacientes atendidas en el Hospital Regional Asunción Juigalpa de enero 2012 a mayo 2013

Verdezoto, Á. (2016). *Hemorragia post parto: Factores de riesgo y complicaciones en adolescentes de 12 -19 años de edad estudio realizado en el Hospital Provincial MARTIN ICAZA entre enero 2014 y enero 2015*. Licenciatura de medicina. UNIVERSIDAD DE GUAYAQUIL FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS ESCUELA DE MEDICINA.

Cunningham F., Leveno K., Bloom S., Haut J., Gilstrap L., Wenstrom K., (2015) "Obstetricia de Williams" 24 edición. Edit. McGraw Hill, México

ANEXOS

Anexo # 1.**OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES**

Objetivo 1. Precisar las características sociodemográficas en las pacientes que presentaron hemorragia post parto temprana Identificar los casos de hemorragias post parto tempranas en la maternidad del HGSF.

Variable	Definición operacional	Indicador	Valor	Escala de medición
Edad	tiempo que ha vivido	% según grupo etéreo	años	continua
Procedencia	lugar donde procede	% según procedencia	urbana rural	nominal
Ocupación	actividad que desempeña	% según la ocupación de las pacientes	ama de casa doméstica otros	nominal
Escolaridad	estudios cursados	% según los grados de escolaridad	analfabeta primaria secundaria(incompleta /completa) universitaria otros	nominal

Objetivo 2 Identificar los antecedentes gineco obstétricas de las pacientes que presentaron diagnóstico de hemorragias post parto temprana

Variable	Definición operacional	Indicador	Valor	Escala de medición
Paridad	Numero de partos que ha tenido	% según el número de hijos	Nulípara Un hijo Dos hijos Tres hijos Cuatro y más	ordinal
Cesárea anterior	cuantas cirugías de cesárea ha tenido	% de pacientes con el antecedente de cesáreas anteriores	SI NO	nominal
Macrosomía	Recién nacido con peso mayor de 4,000 gr	% pacientes con el antecedente de nacimientos de niños con Peso mayor a 4,000 gr.	SI NO	nominal
Embarazo múltiple	Presencia de dos o más productos en el embarazo actual	% de mujeres con embarazos múltiples	Si No	Nominal
Control prenatal	Controles realizados	% según # de controles prenatales.	Ninguno 1 2 3 4 y más	ordinal

Objetivo 3 Identificar la causa más frecuente de hemorragia post parto temprana que presentaron las pacientes.

Variable	Definición operacional	Indicador	Valor	Escala de medición
Terminación del parto	Modo en que terminó el embarazo actual	% según la vía del parto	Vaginal Cesárea	Nominal
Desgarros	Traumatismo del canal del parto	% de pacientes que presentan algún tipo del desgarro.	SI NO	Nominal
Tipos de desgarro	Clasificación según el tipo de desgarro.	% del pacientes según clasificación del tipo del desgarro	I II III IV	Ordinal
Complicación en el trabajo de parto	Son las condiciones clínicas que ponen en riesgo la vida de la paciente.	% según complicación	Atonía uterina Ruptura uterina Retención placentaria Restos ovulares	nominal
Intervalo entre el parto y HPP	Tiempo transcurrido entre la ocurrencia del parto y el diagnóstico de HPP	% según los intervalos	Menor de 30 minutos. De 30 a menor de 1 hora. De 1 a menor de 2 horas. Mayor de 2 horas	Nominal

Objetivo 4. Determinar el perfil profesional del personal de salud que brindó la atención del parto durante el período de estudio.

Variable	Definición operacional	Indicador	Valor	Escala de medición
Perfil profesional	Perfil del personal de salud que brindó la atención del parto.	% de personal según atención del parto.	Médico especialista Médico general Médico Interno Licenciada en enfermería	Nominal

Anexo # 2. Instrumento de recolección de datos



UNIVERSIDAD
NACIONAL
AUTÓNOMA DE
HONDURAS
UNAH

CENTRO DE INVESTIGACIONES Y ESTUDIOS DE LA SALUD
ESCUELA DE SALUD PÚBLICA
CIES- UNAH Tegucigalpa



**TEMA : FACTORES DE RIESGOS PRESENTES EN LAS HEMORRAGIAS
POST PARTO REMPRANA EN LOS PACIENTES ATENDIDOS EN LA
MATERNIDAD DEL HOSPITAL GENERAL SAN FELIPE TEGUCIGALPA,
HONDURAS 1 ENERO AL 31 DICIEMBRE 2016**

INSTRUMENTO DE RECOLECCION DE DATOS

I. DATOS SOCIODEMOGRAFICOS

1. FECHA DE INGRESO	
2. FECHA DE LA HPP	
3. NUMERO DE HISTORIA CLINICA	
4. EDAD	
5. PROCEDENCIA	
6. RESIDENCIA	
7. ESCOLARIDAD	
8. OCUPACION	

II. DATOS GINECO OBSTETRICOS

1. PARIDAD	
2. CESAREA ANTERIOR	
3. MACROSOMIA/PESO	
4. EDAD GESTACIONAL	
5. EMBARAZO MULTIPLE	
6. ANEMIA MATERNA	
7. No. DE CONTROL PRENATAL	

III. DATOS DEL TRABAJO DE PARTO

1. TERMINACION DE PARTO	
2. DESGARRO	
3. EPISIOTOMIA MEDIA O LATERAL	
4. DURACION DEL TRABAJO DE PARTO	
5. INICIO DE TRABAJO DE PARTO	
6. HIPOTONIA	
7. PLACENTA RETENIDA	

Anexo # 3. Nota de autorización de uso de expedientes clínicos y otros

HOSPITAL DE ESPECIALIDADES SAN FELIPE
Tegucigalpa M. D. C., Honduras C. A. Tel-Fax 2236-57-86
SUB DIRECCION DE DOCENCIA

26 de Octubre de 2017

Lic. Ana Pastora Bustillo
Investigadora
Ciudad

Estimada Lic.:

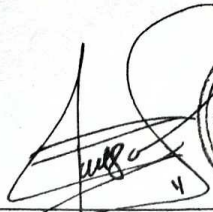
Reciba usted un saludo y el deseo de éxito en sus funciones, motiva la presente informarle que el protocolo entregado a esta Subdirección ha sido revisado y aprobado para ejecutarse en nuestro hospital.

El estudio con las siguientes características:

- NOMBRE: "FACTORES DE RIESGO PRESENTES EN LAS HEMORRAGIAS POST PARTO TEMPRANO EN LAS PACIENTES ATENDIDAS EN LA MATERNIDAD DEL HOSPITAL GENERAL SAN FELIPE"
- TIPO DE ESTUDIO: Descriptivo Transversal
- INVESTIGADOR PRINCIPAL: Lic. Ana Pastora Bustillo
- COORDINADOR DE INVESTIGACION: CIES/UNAN
- RAZON DEL ESTUDIO: PREVIO OBTENCION DE MASTER EN ADMINISTRACION EN SALUD
- UNIDAD DE INVESTIGACION: Maternidad del Hospital San Felipe

Puede realizarse en el Servicio de Maternidad y para ello debe de avocarse al Señor José Santos Borjas jefe de la Unidad de Informática de dicha unidad, para la coordinación de los expedientes.

Sin más que tratar se despide de usted


Dr. Carlos Alberto Ochoa Fletez
Sub Dirección de Docencia
Hospital de Especialidades San Felipe



c.c. José Santos Borjas

Anexo # 4. Tablas

Tabla 1

Edad agrupadas de pacientes con diagnóstico de hemorragia post parto temprana, servicio de maternidad del Hospital General San Felipe, Tegucigalpa, Honduras, durante el 2016.

Estadísticos		
Edad (agrupado)		
N	Válidos	44
	Perdidos	0
Media		2.48
Mediana		2.00
Moda		1
Desviación Típica		1.338
Mínimo		1
Máximo		44

Fuente: Expediente clínico, servicio de maternidad Hospital General San Felipe – Honduras.

Tabla 1.2

Edad (agrupado)				
Edades agrupadas	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
<= 19	13	29.5	29.5	29.5
20 - 24	12	27.3	27.3	56.8
25 - 29	8	18.2	18.2	75.0
Válidos 30 - 34	8	18.2	18.2	93.2
35 - 39	2	4.5	4.5	97.7
40 - 44	1	2.3	2.3	100.0
Total	44	100.0	100.0	

Fuente: Expediente clínico, servicio de maternidad Hospital General San Felipe – Honduras.

Tabla 2 Distribución de la procedencia de pacientes con diagnóstico de hemorragia post parto temprana, servicio de maternidad Hospital General San Felipe Tegucigalpa, Honduras durante el año 2016.

Procedencia	Frecuencia	Porcentaje
Urbano	25	56.8
Rural	19	43.2
Total	44	100

Fuente: Expediente clínico, servicio de maternidad Hospital General San Felipe – Honduras.

Tabla 3 Distribución de la Ocupación de las pacientes con diagnóstico de hemorragia post parto temprana, servicio de maternidad, Hospital General San Felipe Tegucigalpa, Honduras durante el año 2016.

Ocupación	Frecuencia	Porcentaje
Ama de Casa	21	47.7
Doméstica	17	38.6
Otros	6	13.6
Total	44	100

Fuente: Expediente clínico, servicio de maternidad Hospital General San Felipe – Honduras.

Tabla 4 Distribución de escolaridad en pacientes con diagnóstico de hemorragia post parto temprana, servicio de maternidad Hospital General San Felipe, Tegucigalpa Honduras año 2016.

Escolaridad	Frecuencia	Porcentaje
Analfabeta	1	2.3
Primaria incompleta	4	9.1
Primaria completa	13	29.5
Secundaria incompleta	10	22.7
Secundaria completa	12	27.3
Universitaria	4	9.1
Total	44	100.0

Fuente: Expediente clínico, servicio de maternidad Hospital General San Felipe – Honduras.

Tabla 5 Distribución de la atención prenatal de pacientes con diagnóstico de hemorragia post parto temprana servicio de maternidad Hospital General San Felipe Tegucigalpa, Honduras durante el año 2016.

APN	Frecuencia	Porcentaje
Ninguno	1	2.3
Uno	1	2.3
Dos	1	2.3
Tres	2	4.5
4 ó mas	39	88.6
Total	44	100.0

APN= Atención Prenatal

Fuente: Expediente clínico, servicio de maternidad Hospital General San Felipe – Honduras.

Tabla 6 Distribución de la paridad de pacientes con diagnóstico de hemorragia post parto temprana, servicio de maternidad Hospital General San Felipe, Tegucigalpa Honduras durante el año 2016.

Paridad	Frecuencia	Porcentaje
Nulípara	18	40.9
Uno	5	11.4
Dos	13	29.5
Tres	3	6.8
Cuatro y mas	5	11.4
Total	44	100.0

Fuente: Expediente clínico, servicio de maternidad Hospital General San Felipe – Honduras.

Tabla 7 Distribución de antecedentes gineco obstétricos de pacientes con diagnóstico de hemorragia post parto temprana, servicio de maternidad Hospital General San Felipe, Tegucigalpa Honduras durante el año 2016.

Antecedentes	Cesárea anterior	Macrosomía fetal	Embarazo múltiple
Si	2	2	1
No	24	42	43
No aplica	18		

Fuente: Expediente clínico, servicio de maternidad Hospital General San Felipe – Honduras.

Tabla 8 Distribución de Vía del parto, pacientes con diagnóstico de hemorragia post parto temprana, servicio de maternidad, Hospital General San Felipe, Tegucigalpa, Honduras, año 2016.

Vía del Parto	Frecuencia	Porcentaje
Vaginal	37	84.1
Cesárea	7	15.9
Total	44	100

Fuente: Expediente clínico, servicio de maternidad Hospital General San Felipe – Honduras.

Tabla 9 Distribución de diagnóstico de desgarro perineal y uterino en pacientes con diagnóstico de hemorragia post parto temprana servicio de maternidad Hospital General San Felipe, Tegucigalpa, Honduras durante el año 2016.

Desgarros	Frecuencia	Porcentaje
Si	22	50
No	21	47.7
Rotura Uterina	1	2.3
Total	44	100

Fuente: Expediente clínico, servicio de maternidad Hospital General San Felipe – Honduras.

Tabla 10 Distribución del tipo de desgarro perineal en pacientes con diagnóstico de hemorragia post parto temprana servicio de maternidad Hospital General San Felipe Tegucigalpa, Honduras durante el año 2016.

Tipo de Desgarro	Frecuencia	Porcentaje
Grado I	12	54.5
Grado II	4	18.2
Grado III	3	13.6
Grado IV	1	4.5
Grado I + Cérvix	1	4.5
Desgarro de comisura		
CU	1	4.5
Total	22	100

Fuente: Expediente clínico, servicio de maternidad Hospital General San Felipe – Honduras.

Tablas 11 Complicación en el trabajo del parto, en pacientes con diagnóstico de hemorragia post parto temprana servicio de maternidad Hospital General San Felipe, Tegucigalpa, Honduras durante el año 2016.

Hipotonía	Frecuencia	Porcentaje
Si	30	68.2
No	14	31.8
Total	44	100

Fuente: Expediente clínico, servicio de maternidad Hospital General San Felipe – Honduras.

11.2

Retención placentaria	Frecuencia	Porcentaje
Si	12	27.3
No	32	72.7
Total	44	100

Fuente: Expediente clínico, servicio de maternidad Hospital General San Felipe – Honduras.

Tabla 11.3

Restos Ovulares	Frecuencia	Porcentaje
Si	4	9.1
No	40	90.9
Total	44	100

Fuente: Expediente clínico, servicio de maternidad Hospital General San Felipe – Honduras.

Tabla 11.4

Parto precipitado	Frecuencia	Porcentaje
Si	3	6.8
No	41	93.2
TOTAL	44	100

Fuente: Expediente clínico, servicio de maternidad Hospital General San Felipe – Honduras.

Tabla 12 Distribución del intervalo entre el parto y el diagnóstico de hemorragia post parto temprana, servicio de maternidad Hospital General San Felipe Tegucigalpa, Honduras durante el año 2016.

indicador	frecuencia	porcentaje
Menor a 30 minutos	32	73%
1- 2 horas	6	14%
30 min. -1 hora	5	11%
Mayor a 2 horas	1	2%
total	44	100%

Tabla 13 Distribución del personal que brindó la atención a pacientes con diagnóstico de hemorragia post parto temprana, servicio de maternidad Hospital General San Felipe Tegucigalpa, Honduras durante el año 2016

Personal	Frecuencia	Porcentaje
Especialista	8	18.2
Médico General	5	11.4
Licenciada en Enfermería	18	40.9
Médico Interno	13	29.5
TOTAL	44	100.0

Fuente: Expediente clínico, servicio de maternidad Hospital General San Felipe – Honduras.

Anexo # 5

Copia de base de datos

Fuente:

Fuente:

No.	Edad	Procedencia	Escolaridad	Ocupación	Mes	Parto al	Cesarea	ante cond	Macroshim o	Pl hidr anem	Emb. Multipl	APU	Anemia. Med	Infecciones	Víctimas post	Riesgo post
1	40	Rural	P. Completa	Ama de casa	Febrero	Tres	NO	NO	NO	NO	NO	4y más	NO	NO	Desnuda	1a 2h
2	24	Urbano	S. Completa	Doméstica	Marzo	Dos	NO	NO	NO	NO	NO	Ninguna	SR	SR	Desnuda	30min y 1h
3	17	Urbano	P. Completa	Doméstica	Marzo	Uno	NO	NO	NO	NO	NO	4y más	NO	NO	Vaginal	Más de 2h
4	32	Rural	P. Incompleta	Doméstica	Abril	Cuatro y más	NO	NO	NO	NO	NO	4y más	SR	NO	Vaginal	Más de 2h
5	29	Urbano	Unioesitario	Ama de casa	Mayo	Uno	NO	NO	NO	NO	NO	4y más	NO	NO	Vaginal	Más de 2h
6	24	Urbano	P. Incompleta	Doméstica	Junio	Dos	NO	NO	NO	NO	NO	4y más	SR	NO	Vaginal	1a 2h
7	24	Rural	P. Completa	Doméstica	Junio	Dos	NO	NO	NO	NO	NO		3 SR	NO	Vaginal	Más de 2h
8	26	Urbano	S. Incompleta	Doméstica	Julio	Dos	NO	NO	NO	NO	NO	4y más	SR	NO	Vaginal	Más de 2h
9	22	Urbano	S. Incompleta	Otros	Julio	Uno	NO	NO	NO	NO	NO	4y más	NO	NO	Vaginal	Más de 2h
10	24	Urbano	S. Completa	Doméstica	Julio	Dos	NO	NO	NO	NO	NO	4y más	SR	NO	Vaginal	Más de 2h
11	19	Urbano	P. Completa	Otros	Julio	Uno	NO	NO	NO	NO	NO	4y más	NO	NO	Vaginal	Más de 2h
12	22	Urbano	S. Incompleta	Otros	Agosto	Tres	SI	NO	NO	NO	NO	4y más	NO	NO	Vaginal	Más de 2h
13	36	Rural	Unioesitario	Ama de casa	Agosto	Cuatro y más	SI	NO	NO	NO	NO	4y más	SR	NO	Desnuda	1a 2h
14	26	Urbano	S. Completa	Otros	Octubre	Uno	NO	NO	NO	NO	NO	4y más	SR	NO	Vaginal	Más de 2h
15	16	Rural	P. Completa	Doméstica	Octubre	Uno	NO	NO	NO	NO	NO	4y más	NO	NO	Vaginal	Más de 2h
16	24	Rural	S. Incompleta	Doméstica	Octubre	Dos	NO	NO	NO	NO	NO	4y más	NO	NO	Vaginal	1a 2h
17	26	Rural	S. Incompleta	Doméstica	Octubre	Dos	NO	NO	NO	NO	NO		3 NO	NO	Vaginal	Más de 2h
18	27	Rural	S. Incompleta	Otros	Noviembre	Cuatro y más	NO	NO	NO	NO	NO	4y más	SR	NO	Vaginal	Más de 2h
19	30	Urbano	Unioesitario	Ama de casa	Noviembre	Uno	NO	NO	NO	NO	NO	4y más	SR	NO	Desnuda	1a 2h
20	16	Rural	S. Completa	Doméstica	Noviembre	Uno	NO	NO	NO	NO	NO	4y más	NO	NO	Vaginal	Más de 2h
21	24	Urbano	P. Completa	Doméstica	Diciembre	Dos	NO	SI	NO	NO	NO	4y más	NO	NO	Vaginal	Más de 2h
27	30	Urbano	P. Incompleta	Ama de casa	Enero	Tres	NO	NO	NO	NO	NO		2 NO	NO	Vaginal	Más de 2h
28	20	Urbano	S. Completa	Ama de casa	Mayo	Dos	NO	NO	NO	NO	NO	4y más	NO	NO	Vaginal	Más de 2h
29	31	Urbano	S. Completa	Otros	Septiembre	Dos	NO	NO	NO	NO	NO	4y más	NO	NO	Vaginal	Más de 2h
30	34	Rural	P. Completa	Ama de casa	Septiembre	Uno	NO	NO	NO	NO	NO	4y más	NO	NO	Vaginal	Más de 2h
31	30	Rural	S. Completa	Ama de casa	Febrero	Cuatro y más	NO	NO	NO	NO	NO	4y más	NO	NO	Vaginal	Más de 2h
32	30	Rural	S. Completa	Ama de casa	Febrero	Uno	NO	NO	NO	NO	NO	4y más	NO	NO	Vaginal	Más de 2h
33	28	Urbano	P. Completa	Ama de casa	Agosto	Uno	NO	NO	NO	NO	NO	4y más	NO	NO	Vaginal	30min y 1h
34	18	Urbano	S. Completa	Ama de casa	Septiembre	Uno	NO	NO	NO	NO	NO	4y más	NO	NO	Vaginal	Antes de 30
35	17	Urbano	S. Completa	Ama de casa	Septiembre	Uno	NO	NO	NO	NO	NO	4y más	NO	NO	Desnuda	Más de 2h
36	18	Urbano	S. Incompleta	Ama de casa	Septiembre	Uno	NO	NO	NO	NO	NO	4y más	NO	NO	Vaginal	30min y 1h
37	19	Urbano	S. Completa	Ama de casa	Septiembre	Uno	NO	NO	NO	NO	NO	4y más	NO	NO	Vaginal	Más de 2h
38	19	Urbano	Unioesitario	Ama de casa	Enero	Uno	NO	NO	NO	NO	NO	4y más	NO	NO	Vaginal	Más de 2h
39	20	Urbano	S. Incompleta	Ama de casa	Agosto	Uno	NO	NO	NO	NO	NO	4y más	NO	NO	Vaginal	Más de 2h
40	28	Urbano	P. Completa	Doméstica	Octubre	Uno	NO	NO	NO	NO	NO	4y más	NO	NO	Vaginal	Más de 2h
41	18	Rural	P. Completa	Doméstica	Septiembre	Uno	NO	NO	NO	NO	SI	4y más	SR	NO	Vaginal	1a 2h
42	34	Urbano	S. Completa	Doméstica	Septiembre	Uno	NO	NO	NO	NO	NO	4y más	NO	NO	Desnuda	Más de 2h
43	28	Rural	S. Incompleta	Doméstica	Octubre	Dos	NO	NO	NO	NO	NO	4y más	SR	NO	Desnuda	Más de 2h
44	18	Rural	S. Incompleta	Doméstica	Septiembre	Uno	NO	NO	NO	NO	NO	4y más	NO	NO	Vaginal	Más de 2h